

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N° 224

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CONTE (Robert)

Né le 28 Mai 1909, à Paris

L'ACCOUCHEMENT
PAR LES VOIES NATURELLES
CHEZ LES FEMMES
ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉES

Président de Thèse : M. JEANNIN, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

ANNÉE 1940

N^o

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

CONTE (Robert)

Né le 28 Mai 1909, à Paris

L'ACCOUCHEMENT
PAR LES VOIES NATURELLES
CHEZ LES FEMMES
ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉES

Président de Thèse : M. JEANNIN, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1940

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	OLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	JENCRMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Physique DOGNON.
 Urologie ... FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUÉJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GU.
 Parasitologie LAVIEH.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUR.
 Pharmacologie MME J. LEVY.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT UT. U
 Médecine légale..... PIÉDELÈVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médica	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR F. CONTE

Hommage filial.

A MA MERE

Pour tous ses soins affectueux.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CYRILLE JEANNIN

Professeur de clinique d'accouchements
à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Témoignage de respectueuse
reconnaissance pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.*

AU DOCTEUR CHARLES MONCANY

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Corbeil
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage de profonde reconnaissance pour l'enseignement clinique et la pratique chirurgicale qu'il nous a généreusement donnés.

AU DOCTEUR A. DELANOE

Médecin-Chef de l'Hôpital de Corbeil
Chevalier de la Légion d'Honneur

Avec notre vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour la confiante participation qu'il nous a accordée dans son service.

· AU DOCTEUR HENRI HAMBERT ·

Médecin-Chef du Service de Phtisiologie
de l'Hôpital de Corbeil

*Avec nos remerciements pour
l'intérêt qu'il a su nous faire
prendre dans sa spécialité et
pour l'accueil cordial que nous
avons trouvé près de lui.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. LES PROFESSEURS :

VAQUEZ	(<i>in memoriam</i>)
AUVRAY	Laënnec
BAUDOIN	Laënnec
BRINDEAU	Tarnier
BRULE	Cochin
CLAUDE	Ste-Anne
DELBET	Cochin
GOUGEROT	St-Louis
GUILLAIN	Salpêtrière
LEMAITRE	Lariboisière
LEMIERRE	Claude-Bernard
MARION	Necker
OMBREDANNE	Enfants-Malades
SCHWARTZ	Necker
TERRIEN	Hôtel-Dieu

MM. LES DOCTEURS :

LOUSTE	(<i>in memoriam</i>)
HALLE	Enfants-Malades

INTRODUCTION

Lorsque, à défaut d'une documentation personnelle que nous ne pouvions posséder, on compulse la littérature afférente à l'avenir obstétrical des femmes césarisées, on est de prime abord surpris par les différences qui existent entre les statistiques des divers auteurs. La fréquence des accouchements spontanés dans les grossesses itératives à terme est de 0 % pour Harvier, de 51,8 % pour Jung ; la mortalité après rupture de l'utérus pour grossesse consécutive à une césarienne haute est de 0 % pour Brault, de 32 % pour Holland ; la fréquence de ces ruptures va de 2,5 % (Marioton, Plavies) à 20 % (Williams). Comment expliquer ces divergences ?

Tout d'abord par le fait que certaines statistiques ont porté sur un petit nombre de cas et que l'on a pu tomber sur une « série » heureuse ou contraire.

D'autre part, parce que ces statistiques n'ont pas toutes été établies sur les mêmes bases. Certains auteurs ont considéré le nombre total de césariennes qu'ils avaient pratiquées. D'autres n'ont tenu compte que des femmes césarisées redevenues enceintes.

Est-ce à dire que l'examen de ces chiffres disparates ne peut mener à aucune conclusion ? Il n'en est rien. Différents en valeur absolue, ils n'en conservent pas moins une valeur relative pleine d'enseignements, et nous nous efforcerons d'établir dans ce travail qu'ils peuvent, si on les groupe, si on leur applique la loi des grands nombres, en tirer des déductions intéressantes au point de vue pronostic et, ce qui est plus important encore, utiles au point de vue thérapeutique.

CESARIENNE POUR DYSTOCIE DEFINITIVE

Lorsque la césarienne a été pratiquée pour un rétrécissement pelvien manifeste, lorsque le promontopubien n'atteint pas 8 cm, un enfant normal ne saurait être accouché par les voies naturelles. Il y a donc lieu de recourir immédiatement à la voie abdominale. Il importe, en effet, « d'être plus précocement interventionniste qu'avec un utérus normal dans un accouchement ultérieur, compte tenu de toutes les conditions concernant la contraction, le col, le volume de l'enfant et sa présentation » (Le Lorier). Ces cas ne sauraient retenir notre attention, car ils ne se prêtent pas à l'accouchement par les voies naturelles.

CESARIENNE POUR DYSTOCIE TEMPORAIRE

« Lorsque la césarienne a été pratiquée pour toute autre raison que la disproportion existant entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin, il n'y a aucune raison pour ne pas laisser l'accouchement se faire spontanément » (Paquet).

Au temps où la césarienne haute (césarienne corporeale) était seule pratiquée, c'est-à-dire en France avant 1920 où la césarienne basse suprasymphysaire fut préconisée par Schikelé et définitivement introduite par Brindeau (1923-1924), c'étaient les seuls cas où la temporisation pouvait être admise. Sous une surveillance stricte, après une césarienne pour kyste prævia, mauvaise implantation placentaire, présentation défectueuse, il était possible de laisser aller l'accouchement par les voies naturelles. C'est ainsi que dans une observation de Veyrac, on ne retrouva pas à un second accouchement une petite tumeur du sinus sacro-iliaque droit qui aurait motivé comme obstacle prævia l'opération césarienne faite trois ans auparavant. L'accouchement eut lieu en 2 h. et demie avec une application de forceps faite par prudence

pour éviter un trop gros travail à la cicatrice de césarienne haute.

Nous empruntons à Schébat une observations intéressante. Il s'agit d'un accouchement par les voies naturelles chez une femme antérieurement césarisée pour une sténose du col d'origine thérapeutique.

OBSERVATION I. — Mme B..., 36 ans, a accouché spontanément, en 1927, d'un enfant du sexe féminin. Présentant une métrite du col, elle subit en janvier 1934 plusieurs applications de néo-filhos qui la guérissent. Enceinte aussitôt après ces applications, elle reste deux jours et demi en travail sans que le col puisse dépasser 2 francs de dilatation. A ce moment, on effectue une césarienne supra-symphysaire qui permet l'extraction d'un enfant du sexe féminin pesant 3 kg 200.

En février 1936, cette femme, de nouveau enceinte, entre en travail à terme et, après deux injections de spasmalgine, arrive à une dilatation presque complète. On extrait par une application de forceps en droite transverse un fœtus du sexe masculin pesant 4 kg 100.

Une autre observation très caractéristique est celle rapportée par Merger :

OBSERVATION II. — Mme M... Yvonne, âgée de 23 ans, entre dans une maternité parisienne le 30 décembre 1930. Le début du travail a eu lieu le 29 décembre, à 23 heures et, dès ce moment, les membranes se sont

rompues. A son arrivée dans le service, l'examen a montré : col effacé, dilaté comme une pièce de 2 fr., bassin rétréci ; le promontoire est atteint dans l'horizontalité à 10 cm 7 et le sacrum est suivi sur toute sa hauteur ; toutefois, on ne peut suivre jusqu'au bout les lignes innommées, car la bosse pariétale postérieure plonge déjà dans l'excavation. En outre, la tête déborde nettement le plan de la symphyse au palper mensurateur et l'utérus prend une forme en sablier, la partie étranglée étant située au-dessus des épaules du fœtus. Enfin, les contractions utérines sont peu intenses, peu fréquentes et irrégulières. En raison de la rupture précoce des membranes, de l'anomalie de la contraction utérine, jointes à l'existence d'une disproportion fœto-pelvienne apparente, on pratique une opération césarienne sur le segment inférieur. L'intervention ne comporte pas d'incident, l'enfant du sexe masculin est vivant et pèse 3 kg 260. Les suites opératoires sont normales.

En 1935, la femme se trouve en état de grossesse pour la deuxième fois et vient consulter à la clinique Tarnier. Cette grossesse évolue normalement, et, le 18 mai 1935, à 23 h. 30, elle entre en travail ; les contractions utérines sont de bonne qualité, la dystocie pelvienne n'apparaît pas très importante et l'on décide de pratiquer l'épreuve du travail ; la tête reste élevée jusqu'au 19 mai à 15 h. 15, c'est-à-dire 16 heures après le début du travail. A ce moment, les membranes se rompent et la tête s'engage. On pratique une injection de 1/2 cc. d'hypophyse et à 17 heures,

la femme accouche spontanément d'un garçon vivant pesant 4.000 gr., c'est-à-dire 750 gr. de plus que le premier enfant. Nous pratiquons la délivrance artificielle dans le but de vérifier la cicatrice utérine, mais, malgré un examen attentif, il est impossible, au doigt, de reconnaître par voie endo-utérine la trace de la cicatrice antérieure.

Nous avons rangé cette observation dans les dystocies temporaires, bien que le bassin fut légèrement rétréci (10 cm 7). En effet, ce furent plutôt la rupture précoce des membranes et l'anomalie de la contraction utérine que la disproportion entre le fœtus et le bassin qui semblent avoir dicté la césarienne. Le second accouchement, avec des contractions régulières, se produisant 1 h. 3/4 après la rupture des membranes (avec injection d'hypophyse, il est vrai), se terminant par la naissance spontanée d'un enfant pesant 750 gr. de plus que son aîné nous paraissent indiquer qu'il n'y a pas lieu de classer ce cas parmi ceux que nous allons examiner maintenant.

CESARIENNE POUR BASSIN LIMITE

C'est depuis l'avènement de la césarienne basse supra-symphysaire que l'accouchement par les voies naturelles de femmes préalablement césarisées, a pris une réelle importance et modifié du tout au tout l'attitude des accoucheurs.

Avec la césarienne haute, l'accouchement par les voies naturelles faisait courir à la femme un risque trop considérable. Trois solutions se présentaient :

1°) La césarienne itérative d'emblée, qui avait pour corollaire obligé la stérilisation de la femme à plus ou moins brève échéance.

La plupart des opérateurs d'avant l'autre guerre stérilisaient leurs césarisées dès la seconde opération ; quelques-uns allaient jusqu'à la troisième ; exceptionnels étaient ceux qui allaient plus loin. Cette stérilisation était légitimée par deux ordres de fait : d'abord l'état de la cicatrice utérine et les risques de rupture, ensuite les difficultés opératoires croissantes des césariennes itératives dues aux adhérences plus ou moins nombreuses avec la paroi ou avec les organes voisins et, en particulier, l'intestin.

2°) La symphyséotomie, qui n'évitait pas le danger de rupture en fin de grossesse et faisait le plus souvent de la femme une demi-infirmes (marche en canard, prolapsus).

3°) L'accouchement prématuré, qui a encore des partisans, même après l'adoption générale de la césarienne basse, mais qui depuis cette époque semble avoir perdu beaucoup de ses adeptes.

En effet, les risques de la césarienne haute itérative n'étaient pas petits. « Nous avons suivi depuis 1899, déclarait P. Brault en 1936, 17 gestations de plus de trois mois survenues chez des femmes ayant subi une ou plusieurs césariennes corporéales ; sur ce nombre nous avons observé quatre ruptures utérines, soit 22 %, presque le quart (en réalité 23,5 %). Ce pourcentage va paraître énorme à certains ; nous croyons cependant qu'il n'est pas loin de la réalité... Dans notre statistique personnelle, nous ne nous sommes pas occupés des césariennes hautes faites par nous-mêmes ; nous avons seulement relevé toutes les grossesses postérieures à une césarienne haute que nous avons été appelé à examiner, que l'opération ait été faite par nous ou par d'autres. En procédant de façon analogue, Snœck, qui a pu relever 12 ruptures, dont deux cas personnels, donne un pourcentage de 15 %, chiffre qui se rapproche sensiblement du nôtre. Cette façon de procéder a en outre l'avantage d'éliminer *a priori* les erreurs de technique dues à un seul opérateur. Nos quatre ruptures sont consécutives à des césariennes faites par quatre opérateurs différents :

un professeur de clinique chirurgicale, un professeur de clinique obstétricale, un chirurgien de carrière et nous-même...

Sur les 13 grossesses restant de notre statistique, aucune ne s'est terminée par un accouchement par les voies naturelles ; toutes ont subi une nouvelle opération césarienne (7 fois une haute, 6 fois une basse). Nous avons donc pu vérifier l'état de la cicatrice utérine. Malheureusement, nos deux plus anciennes observations sont trop sommaires et ne nous donnent aucun renseignement. Sur les 11 autres, l'état de la cicatrice est indiqué et nous trouvons 4 cicatrices mauvaises : dans deux de ces cas même, elle est réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier.

Dans un autre cas, la cicatrice est visible, mais semble suffisante. Dans les cinq autres cas, il n'y en avait aucune trace. Par conséquent, la cicatrice n'était parfaite que dans cinq cas sur quinze (en comptant les quatre ruptures), soit 33 %. »

L'amincissement de la cicatrice est dû, comme on le sait depuis longtemps, aux tractions considérables que subit la ligne de suture du fait des contractions *post partum* et même de la simple rétraction de l'utérus. Or, ces contractions sont impossibles à supprimer sous peine d'hémorragies graves.

En face de ce pourcentage impressionnant, donnons la statistique de Gellé portant sur 4.931 cas qu'il a pu recueillir (in Anderiodas et Balard). Il n'a pu enregistrer que 22 ruptures après opération césarienne basse. Encore sur ces 22 ruptures, 4, au moins,

ne sont pas imputables à la cicatrice. Dans 3 cas (Opitz, Latsko et Keller) la cicatrice était intacte et la déchirure portait sur le col ou sur la partie latérale du segment inférieur. Dans un cas (Wolff), où la malade avait subi successivement une césarienne haute et une césarienne basse, la rupture se fit sur la cicatrice haute, la cicatrice basse restant intacte. Il reste en réalité 18 cas, soit 0,36 %. L'ensemble des statistiques fournies à Anderioudas et Balard lors de leur enquête en prenant uniquement les femmes redevenues enceintes après césarienne leur a fourni les chiffres suivants :

ANDERODIAS ET BALARD	19
PHANEUF	189
REEB	51
HAUCH	4
HAMM	5
JUNG	135
	403

grossesses avec un seul cas de rupture, soit un pourcentage de 0,24 %.

Même sans admettre absolument les chiffres de Brault et de Snœck, qui portent sur un nombre de cas trop peu considérable, il ne faut pas oublier que les traités classiques donnent de 2 à 4 %, Marioton, Planès 2,5 %, Morisson-Lacombe 4 %.

Si la rupture est moins fréquente, cela tient à la façon différente dont se fait la cicatrisation. L'incision ayant porté sur une zone pauvre en fibres musculai-

res, même lorsque l'on est amené à la prolonger vers le haut de quelques centimètres, les contractions utérines du *post-partum* se font à peine sentir et il n'y a pas de traction sur les sutures. Aussi, le plus souvent, la suture ne laisse aucune trace, ni à l'œil nu, ni à l'examen microscopique. Wettervald déclare que dans la plupart des cas de césarienne itérative la cicatrisation se présentait sous forme d'une simple ligne blanchâtre. Brault, dans 26 cas, n'a jamais retrouvé trace de l'incision segmentaire. Histologiquement, Saifami a pu constater une restitution *ad integrum* microscopiquement complète ; Hauch, faisant l'examen microscopique minutieux de l'utérus d'une femme morte d'un cancer de l'estomac six mois après la césarienne basse, ne put constater aucune trace de cicatrice, le tissu musculaire étant complètement normal.

Pourtant, dans un cas où toute cicatrice était invisible, le Dr Castagnary, chef des travaux d'histologie à Nantes, trouva un tissu fibreux très abondant, mais ne contenant pas de fibres élastiques, ce qui expliquerait la plus longue durée de la dilatation au cours de l'accouchement ultérieur.

Et non seulement la fréquence des ruptures est plus grande, mais aussi leur gravité. Pour 14 observations, Gellé indique une mortalité de 21,4 %. En réunissant les statistiques de Holland et de Planes, nous trouvons 32 décès pour 105 cas (in Veyrac), soit un pourcentage de 30,47 %.

Il nous paraît intéressant de reproduire à ce sujet

une observation de F. Fournier et E. Estienny, prise à la Maternité de Toulouse.

OBSERVATION III. — Le 17 octobre 1935, à 18 heures, le D^r E. Estienny, accoucheur-adjoint de la Maternité, est appelé, en l'absence du D^r F. Fournier, accoucheur en chef, auprès d'une parturiente VII pare de 29 ans, chez laquelle la sage-femme en chef redoute une rupture de cicatrice utérine. Cette femme est épileptique, syphilitique et mariée à un tuberculeux avéré. Elle a eu 4 enfants mort-nés, et les deux autres, y compris celui extrait par césarienne, sont morts dans les premiers mois malgré un traitement spécifique sévère. La césarienne basse pratiquée en avril 1934 à la Maternité par le D^r F. Fournier sous rachi anesthésie a été motivée par une dystocie cervicale rebelle et l'excès de volume du fœtus (plus de 4 kg). Cette césarienne a été franchement segmentaire, la vessie ayant été décollée très bas, et les suites opératoires ont été apyrétiques.

Donc, je vois cette femme pour la première fois en plein travail d'accouchement ; elle est à terme, souffre depuis le matin 5 heures, la dilatation, m'a dit la sage-femme, est de 4 cm environ, la tête profondément engagée. L'état général de cette femme est parfait ; elle n'a pas eu d'hémorragie, n'a pas perdu les eaux. Mais ce qui inquiète beaucoup la sage-femme en chef, fort expérimentée, c'est la superficialité d'un bras et de l'épaule antérieure du fœtus au-dessus du pubis même et surtout au mo-

ment des contractions. Il lui paraît certain qu'il existe une déhiscence de la cicatrice, d'autant que, au début du travail, elle n'avait pas fait cette constatation. Je palpe et confirme, avec la plus grande facilité ce diagnostic. Il est évident qu'une partie du fœtus fait hernie hors de l'utérus, mais je trouve la tête fœtale mobile au-dessus du D.S. Je pense tout simplement qu'elle a ascensionné et s'apprête à être accouchée elle-même par la brèche utérine, et, pour gagner du temps, je ne pratique même pas le toucher. Le volume excessif de l'utérus ne m'arrête pas outre mesure, d'autant que cette femme a déjà eu un gros enfant, celui qui a nécessité la césarienne basse antérieure. Puis, la rupture étant évidente, je n'ai pas cru devoir perdre le moindre temps à un examen plus approfondi.

Laparotomie immédiate sous-anesthésie à l'éther-gaz carbonique (Thalheimer). Il existe une brèche de 10 cm de longueur sur le segment inférieur, exsangue d'ailleurs, correspondant à la cicatrice, par laquelle fait issue tout le membre supérieur gauche du fœtus, et au travers de laquelle on voit une partie de la tête fœtale. Extraction du fœtus en bon état. Un autre fœtus est aperçu alors, que recouvrait le premier, et dont la tête est profondément engagée (c'est cette tête que la sage-femme avait repérée seule, et moi-même, par le palper, je n'avais trouvé que celle du premier fœtus. Si donc j'avais touché cette femme, le diagnostic aurait été complet avant l'intervention, mais vraiment peu important dans ce cas-

là !) Hystérectomie subtotale, drainage par mèches vaginales et abdominales accompagnées de deux drains n° 40. Suites simples. Les fœtus, tous deux en parfait état, univitellins, pesaient 3 kg 030 et 2 kg 850.

« Dans ce cas, la cause de la déhiscence de la cicatrice apparaît évidente, ajoute l'auteur. Ce n'est pas sa faiblesse, mais la surdistension et par conséquent l'amincissement extrême qu'elle avait subi de par la gémellité, qui a entraîné sa rupture. Encore celle-ci n'a eu lieu très vraisemblablement qu'après plusieurs heures de travail, avec de très fortes contractions. Dans les mêmes conditions, une cicatrice d'hystérotomie aurait eu toutes chances de se rompre pendant la grossesse même. »

La seconde raison qui militait en faveur de la stérilisation après les césariennes hautes était la formation d'adhérences rendant l'opération de plus en plus difficile. Sur les 11 observations citées par Brault, il a trouvé sept fois des adhérences importantes, dont quatre fois de très importantes, soit 36 %. Là encore, ces chiffres paraissent élevés et il semble y avoir lieu d'incriminer une série malheureuse, car le pourcentage ne serait que de 23 % pour Morisson-Lacombe et de 12 % pour Brindeau. On observe toutes les variétés possibles d'adhérences : épiploo-pariétales, épiploo-utérines, utéro-pariétales et surtout intestinales. Dans deux des observations de Brault, l'intestin était véritablement noyé dans un bloc fibreux faisant corps avec la paroi. « C'est miracle, dit-il, que nous ne l'ayons pas ouvert : ceci est arrivé

à de plus habiles que nous, et le professeur Brindeau a dû, un jour, pratiquer une résection intestinale. »

Les adhérences se rencontrent également dans les césariennes basses. Brault en a noté dans 11 cas sur 26, mais elles n'étaient vraiment importantes et gênantes que dans trois cas (9 % au lieu de 36 %). En tous cas, il n'a jamais rencontré d'adhérences intestinales.

L'anomalie la plus fréquente que présentent les femmes opérées par la voie suprasymphysaire est l'élévation du fond de la vessie et la disparition du cul de sac vésico-utérin. Cette modification des rapports anatomiques normaux n'est pas sans créer quelques difficultés et à obliger à des précautions en cas de césarienne itérative.

Aussi les indications de stérilisation sont-elles beaucoup moins nombreuses avec la césarienne basse. Tandis que Brault avait été amené à stériliser 8 femmes sur 14 cas (57 %) après des grossesses consécutives à des césariennes hautes, il ne pratique la stérilisation que 4 fois sur 25 femmes césarisées par voie basse (16 %).

La diminution du nombre des stérilisations augment évidemment de beaucoup le nombre des femmes susceptibles d'accoucher par les voies naturelles. En fait, d'après les statistiques, 45 % de femmes, selon Wetterwald, 53 % suivant Jung, mais beaucoup moins d'après Balard et Anderiodas (18 %) et suivant les renseignements recueillis par Veyrac (18,65 %) deviennent de nouveau enceintes. Il est possible

qu'il y ait lieu d'ajouter à ces chiffres un peu du pourcentage de 15,5 % d'avortements signalés par Wetterwald et Jung, ceux-ci n'ayant sans doute pas tous été exclusivement pathologiques.

Mais ce qu'il est réellement intéressant de connaître, c'est la proportion de femmes ayant eu un accouchement par les voies naturelles après avoir subi la césarienne.

Cette proportion varie beaucoup suivant les statistiques :

ANDERIODAS ET BALARD : 4 accouchements sur 19 grossesses itératives à terme, soit 21 % ;

PHANEUF : 14 accouchements sur 198 grossesses itératives à terme, soit 7,77 % ;

REEB : 4 accouchements sur 34 grossesses itératives à terme, soit 11,76 % ;

HAUCH : 2 accouchements sur 4 grossesses itératives à terme, soit 50 % ;

HAMM : Aucun accouchement sur 5 grossesses itératives à terme, soit 0 % ;

JUNG : 70 accouchements sur 135 grossesses itératives à terme, soit 51,8 %.

La statistique collective de 23 auteurs, d'après Jung, donnerait 23 %.

De ce dernier chiffre on peut rapprocher la statistique relevée par Veyrac (23,91 %), celle de Brault (24 %), celle de Fobe (30 %) et admettre un chiffre d'environ 23 %.

La même femme peut accoucher plusieurs fois par les voies naturelles selon les observations de Keller (2 fois), Reeb (3 fois et 2 fois), Phaneuf (3 fois et 2 fois), Balard (2 fois), Wetterwald (6 fois, 4 fois, 3 fois), Veyrac (2 fois), Grosse (3 fois).

CONDUITE A TENIR

De l'enquête menée par Anderiodas et Balard, il résulte que, en cas de disproportion légère au moment du terme, seuls Cathala et Paquet préfèrent d'emblée la voie haute, afin d'éviter tout tiraillement du segment inférieur. Tous leurs autres correspondants estimaient, par contre, qu'on peut sans danger tenter l'épreuve du travail. Cette épreuve a été poussée par Keller pendant 18 h. (obs. 5), 38 h. (obs. 8) ; par Reeb, 6 h. 45 (obs. 14), 25 h. (obs. 16) ; par Hauch, 35 h. (obs. 18) ; par Chatillon, 184 (obs. 25) ; par Audebert 16 h. 30 (obs. 27) ; par Phaneuf, 19 h. (obs. 29), 26 h. 20 (obs. 30) ; par Balard, 18 h. (obs. 34).

Dans le travail de Veyrac, on trouve des observations où l'épreuve du travail a été tentée pendant 14 h. (obs. n° 12), 21 h. (obs. n° 9), 24 h. (obs. n° 9 et n° 1) et même 48 h. (obs. n° 2). Elle fut prolongée pendant 25 heures dans l'observation suivante de Merger que nous reproduisons ici :

OBSERVATION N° IV. — Mme G... Mauricette, âgée de 19 ans, I pare, est suivie en 1933 et 1934 pendant toute la durée de sa grossesse à la clinique Tarnier. Elle est

porteuse d'un bassin généralement rétréci, et l'on atteint au-dessus du promontoire un faux promontoire lombaire. Immédiatement avant le travail, la tête reste élevée et déborde nettement le plan de la symphyse pubienne, de sorte que l'on envisage déjà l'éventualité d'une césarienne. Le 19 avril, on pratique une césarienne sur le segment inférieur avant le début du travail. Aucun incident opératoire. L'enfant, vivant, du sexe masculin, pèse 3.040 gr. et la délivrance 440 gr., les suites opératoires sont apyrétiques et la courbe pondérale de l'enfant est normale.

Mme G... Mauricette, enceinte pour la deuxième fois, revient à la clinique Tarnier le 20 août 1935. Elle est en travail d'accouchement. La disproportion fœtopelvienne ne nous paraissant pas très marquée, nous décidons de faire l'épreuve du travail. Le travail commence le 21 à 10 heures. Le 22, à 3 h. 50, la tête se trouve à la partie haute de l'excavation. On laisse donc le travail continuer et à 10 h. 40, la dilatation étant complète, on pratique une application de forceps, la tête se trouvant à ce moment en O.I.D.A. On extrait un garçon vivant, pesant 2.950 gr., c'est-à-dire 500 gr. de moins que le premier enfant. On pratique une délivrance artificielle pour vérifier l'état du segment inférieur. Il est impossible de reconnaître la trace de la cicatrice antérieure.

Nous avons choisi cette observation comme caractéristique de la conduite à tenir. Dans un bassin normalement rétréci, la position de la tête a fait pratiquer une césarienne avant même le début du travail.

Mais 18 mois plus tard, les contractions, la position de la tête font tenter l'épreuve du travail, la prolonger plus de 24 heures, terminer par un forceps pour raccourcir la période d'expulsion.

Cette pratique du forceps, dès que la dilatation est complète et que la tête aborde le périnée est adoptée par la plupart des accoucheurs. Beaucoup, par contre, sont opposés à l'emploi de l'hypophyse. Dans l'observation II que nous avons citée plus haut, nous avons vu qu'on l'avait utilisée avec succès dans le service du professeur Brindeau, à très faible dose, par exemple. On voit donc que dans 23 % des cas environ, une femme préalablement césarisée peut accoucher par les voies naturelles. Dans quels cas exactement ? Ce sont des questions d'espèce, mais en cas de bassin limite, on n'eut pu le tenter après une césarienne haute qu'en courant de grands risques.

Avec la césarienne basse, on pourra attendre délibérément le terme de l'accouchement, laissant l'épreuve du travail s'ébaucher et se poursuivre en le surveillant étroitement. La femme entrée en Maternité sera sous la surveillance continue d'une sage-femme expérimentée, qui ne doit pas relâcher une attention étroite. Dès le début, l'état obstétrical doit être examiné avec minutie en insistant particulièrement :

1° Au point de vue mécanisme :

Sur la présentation (le plus souvent une tête), sa désignation, son volume, sa consistance, sa fixité, son

débordement en avant et sur les côtés, son état de flexion.

Sur l'état des parties molles : souplesse de la vulve, élasticité du vagin, état du col, son degré d'effacement, de dilatation ; le degré d'ampliation du segment inférieur.

Sur l'état des contractions utérines, leur rythme, leur régularité, leur durée, leur intensité, la douleur.

2° *Au point de vue infection :*

Sur l'état des muqueuses génitales avec leur aspect normal ou enflammé, leurs sécrétions muqueuses ou purulentes.

Sur l'écoulement ou non de liquide amniotique.

Sur l'état de la poche des eaux. L'état de l'œuf ouvert ou fermé peut modifier complètement le pronostic et l'attitude à tenir.

La marche du travail sera suivie à intervalles rapprochés, variables suivant le cas et les circonstances, mais en évitant de multiplier les touchers, toujours susceptibles d'infecter, et dont l'action traumatisante, même légère, n'est pas toujours sans inconvénient.

On suivra la situation du fœtus par rapport au détroit supérieur ; on verra s'il résiste aux contractions utérines ou s'il progresse lentement vers le bas. On notera le degré de flexion de la tête, qui peut se modifier dans certains cas.

Le toucher rendra compte de l'intégrité des membranes, du développement d'une bosse séro-sanguine gênant l'appréciation exacte du degré d'engagement.

On auscultera fréquemment le cœur. La défaillance prononcée des bruits, jointe à l'expulsion de liquide amniotique teinté de méconium peut faire arrêter l'épreuve du travail pour prendre une décision opératoire.

Du côté de la mère, on surveillera les progrès de l'effacement ou de la dilatation du col, sa consistance, l'état de l'utérus en travail, la nature et le rythme des contractions, qui doivent être normales, amples avec de bons intervalles de repos, et non un état de contracture permanent, dont le degré est variable et peut aller jusqu'à la tétanisation.

On notera l'état fébrile qui peut se déclarer au cours d'un travail prolongé. On se souviendra que la fatigue, l'insomnie, l'inanition, la déshydratation produisent souvent un état fébrile à 38° (fièvre du travail) qui ne doit pas être confondu avec la fièvre d'origine infectieuse.

Il ne faut pas craindre de prolonger l'épreuve, si minimes que soient les progrès. Mais si de nouvelles dystocies apparaissaient, il y aurait lieu de recourir à une intervention. Telles sont une contracture du col, une présentation atypique, la déflexion de la tête, la souffrance fœtale, parfois due à une compression funiculaire.

Dans un certain nombre de cas, l'administration d'un anti-spasmodique, lorsqu'il y a contracture ou un état de demi rigidité du col a donné de bons résultats. Mais l'état de souffrance du fœtus ou une mauvaise présentation de la tête commandent l'interven-

tion. Les souffrances de la femme seraient probablement prolongées inutilement et quelle que soit la résistance supposée d'une cicatrice de césarienne basse, on n'en est jamais assuré qu'une fois le travail terminé. Mieux vaut pratiquer une césarienne itérative que de se voir obligé de recourir à une opération mutilante.

CONCLUSIONS

A l'époque de la césarienne haute corporéale, sauf le cas où elle avait été pratiquée pour une dystocie momentanée, la césarienne itérative était la règle.

Grâce à la césarienne basse supra-symphysaire, l'on peut, dans les bassins dont le rétrécissement est léger (au-dessus de 8 cm) tenter l'accouchement par les voies naturelles en imposant l'épreuve du travail.

Cette épreuve a pu être prolongée sans danger apparent jusqu'à 36 et même 48 heures.

Dans ces conditions, les statistiques semblent montrer que 20 % des femmes césarisées pour bassin *limite* seraient capables d'accoucher à terme par les voies naturelles.

Mais il faut pour cela qu'à la dystocie pelvienne ne s'ajoute pas une présentation défavorable de la tête.

Il semble y avoir avantage, dès que la dilatation est complète et que la tête, engagée, aborde le périnée, à pratiquer un forceps pour ne pas imposer à un utérus antérieurement césarisé la fatigue inutile que nécessiterait la traversée d'un périnée intact.

Vu : le Doyen de la Faculté, Vu : le Président de thèse,
TIFFENEAU. JEANNIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS. — L'opération césarienne basse ; ses indications et ses résultats. (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, t. XLIX, n° 16, 15 avril 1928.)
- ANDERIODAS ET BALARD. — L'avenir obstétrical des femmes opérées de césarienne basse. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 25, 20-30 septembre 1931.)
- BALARD. — Trois cas d'accouchement par les voies naturelles après césarienne basse. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 14, 6 avril 1931.)
- BRAULT. — L'avenir obstétrical des femmes césarisées. (*Gazette médicale de France*, 15 mars 1936.)
- CATHALA. — Accouchement après opération césarienne basse. (*Bulletin médical*, 24-27 octobre 1928.)
- CHATILLON. — Accouchement normal après opération césarienne basse. (*Rev. franç. de gynéc. et d'obstétrique*, 25 mars 1930, p. 194.)
- FOBE. — Section césarienne et accouchements ultérieurs. (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gynécol.*, 25 octobre 1936, n° 8, p. 623.)
- FOURNIER F. et ESTIENNY E. — Rupture de cicatrice d'hystérotomie basse au cours du travail, conséquence de fémeilité. (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, 25, 1926, n° 2, p. 185.)

GROSSE. — Trois accouchements spontanés après une opération césarienne chez la même femme. (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, 9, Paris, 1920, p. 115).

LEMMELAND ET LACOMME. — Accouchement naturel chez une femme ayant subi trois opérations césariennes. (*Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris*, 7 novembre 1932.)

LANE (C. Mc. Mc.) — Delivery through natural passages following cesarean section. (*Amer. Jour. of obst. and gynéc.*, 20 novembre 1930, 650.)

MERGER. — Accouchement par les voies naturelles, après épreuve du travail, chez des femmes porteuses d'une cicatrice d'hystérotomie segmentaire et ayant un bassin rétréci. (*Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, 25 janvier 1936, n° 1, p. 35.)

PHANEUF. — L'accouchement par les voies naturelles à la suite de l'opération césarienne transpéritonéale basse. (*Revue franç. de gynéc. et d'obst.*, 22, 17 avril 1927, p. 177.)

SCHEBAT. — Accouchement par les voies naturelles chez une malade antérieurement césarisée. (*Bull. de la Soc. d'obst et de gynéc.* 25, n° 8, octobre 1936, p. 568.)

SNÖECK. — *Bruxelles médical*, mai 1933.

VEYRAC. — L'accouchement par les voies naturelles après la césarienne basse. (Thèse de Paris, 1934.)

WINGSTON. — Trois accouchements spontanés après une opération césarienne chez la même femme. (*Bull. de la Soc. d'obst et de gynéc.*, IX, 1920, p. 115.)

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.
